

Einleitung

Aus den gemeinsamen Informationsveranstaltungen mit dem Medizinischen Dienst (MD Bayern) am 15. und 29. Juni 2021 kristallisierten sich viele Fragen zur Umsetzung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V in Verbindung mit der Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V (hier: Richtlinie) heraus.

Zusätzlich veröffentlichte der MDS am 28.05.2021 einen Begutachtungsleitfaden (BGL, zuletzt aktualisiert am 12.07.2021) als Hilfestellung zur bundesweit einheitlichen Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Der BGL soll im Jahresrhythmus aktualisiert werden.

Bestandteil des BGL ist u.a. eine Aufstellung sog. Strukturmerkmalbewertungen (SMB). Sie wurden – basierend auf dem Wortlaut der OPS-Strukturmerkmale unter Berücksichtigung von Hinweisen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, Entscheidungen des Bundessozialgerichtes sowie weitere Gesetze und Vorgaben (z. B. Musterweiterbildungsordnung, Arbeitsschutzgesetze, Hygienevorschriften) – mit dem Ziel einer bundesweit einheitlichen und transparenten Begutachtung erarbeitet.

Die aufgeworfenen Fragen möchten wir mit dieser gemeinsamen FAQ-Liste von BKG und MD Bayern so gut wie möglich beantworten. Wir nehmen dazu auch immer wieder Bezug auf die Richtlinie, den BGL oder die SMB. Die Liste wird bei Bedarf erweitert.

Sie ist nach den folgenden Themengebieten gegliedert:

- A. Beantragung der Prüfung,
- B. Antrags-/Unterlagenversand und Kommunikation sowie
- C. Allgemeine Fragen.

Jede Rubrik ist nach den einzelnen Fragen durchnummeriert. Die Antwort findet sich jeweils kursiv unter den einzelnen Fragen. Noch zu klärende Fragen sind als solche mit dem Antworttext „Noch offen.“ gekennzeichnet.

Auf fachlich-inhaltliche Fragen zu einzelnen OPS-Kodes (Rubrik D) und Fragen speziell aus dem Bereich Psychiatrie/Psychosomatik (Rubrik E) wird in der gemeinsamen FAQ-Liste von BKG und MD Bayern nur verwiesen. Diese Fragen sind direkt an den MD Bayern zu stellen, werden von ihm beantwortet und ggf. in eine bei ihm gepflegte FAQ-Liste eingearbeitet. Wenden Sie sich dazu bitte an:

Strops-KH@md-bayern.de.

Die FAQ-Liste des MD Bayern finden Sie derzeit unter <https://www.md-bayern.de/unserethemen/strukturpruefung-im-krankenhaus/> Rubrik FAQs, die des MDS unter https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/21-06-28_FAQ_StrOPS_RL.pdf.

Bei weiteren Fragen oder Anregungen an die BKG schicken Sie bitte eine E-Mail an skl@bkg-online.de.

Fragen und Antworten

A. Beantragung der Prüfung

A.1. Wann handelt es sich um eine turnusmäßige und wann um eine erstmalige Beantragung? (15.06.2021)

Nach der Richtlinie gilt für das Antragsjahr 2021:

1.1. *Krankenhäuser, die im Jahr 2021 zum Zeitpunkt der Antragstellung einen OPS-Kode bereits erbracht und abgerechnet haben, beantragen diesen Kode mit der Antragsart „turnusgemäße Prüfung“.*

Im Jahr 2021 ist die Beantragung der Prüfung von OPS Codes, die im Jahr 2020 bereits vereinbart und abgerechnet wurden, ebenfalls als turnusgemäße Prüfung zu beantragen.

1.2. *Sollte die erstmalige Leistungserbringung in 2021 erst nach der Antragstellung beabsichtigt sein, ist die Antragsart 4.1.2 „Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungsvereinbarung“ zu wählen.*

Zusatzfragen zu A.1.

Andere neurologische Komplexbehandlung: Hier wurden 2021 bestehende Codes nur in ihrer Systematik geändert. (15.06.2021)

Siehe A.1., 1.1

Wie verhält es sich im Bereich PEPP, wenn bisher noch keine Strukturprüfung stattgefunden hat, der OPS jedoch schon immer abgerechnet wurde? (15.06.2021)

Ob bisher eine Strukturprüfung stattgefunden hat oder nicht, hat keinen Einfluss auf die Antragsart. Nur die Frage, ob die Leistung bereits erbracht und abgerechnet wurde, ist hier entscheidend. Also hier: turnusgemäße Prüfung.

Wenn Leistungen 2020 abgerechnet wurden / 2021 wegen Ausscheiden CA nicht mehr / mit neuem CA 2022 wieder erfolgen sollen, wäre das Neuprüfung oder Turnusprüfung? (15.06.2021)

Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungsvereinbarung.

Abrechnung neuer OPS am 15.10.2021, wie beantragen für 2022? (15.06.2021)

Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungsvereinbarung.

Wie verhält es sich bei (in 2021) neu eröffneten Kliniken bzw. Standorten? (15.06.2021)

Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungsvereinbarung.

Der Weaning-OPS 8-718.9 wurde in 2021 etabliert und löst nun ein ZE aus. Eine Strukturprüfung gab es bisher nicht. Ist das dann eine "neue" Prüfung oder eine "turnusgemäße"? (15.06.2021)

Siehe A.1

**Wenn man mit der Leistung akut an einen anderen Standort wechseln müsste?
(29.06.2021)**

Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungsvereinbarung.

A.2. Muss man alle Anträge (OPS Anlage 5) plus einmalig Anlage 1 gebündelt schicken oder kann man die Anlage 5 vereinzelt schicken? Beispiel 5 Strukturprüfungs-OPS: 5 Emails Anlage 5 und einmal Anlage 1? (15.06.2021)

Für die Beantragung müssen nur die korrekt ausgefüllten Anträge (Anlage 1) fristgerecht übermittelt werden. Die übrigen Anlagen werden erst nach Terminvergabe relevant.

Nach Eingang der vollständigen und korrekt ausgefüllten Anträge erhält das Krankenhaus binnen 10 Werktagen (Mo – Fr) eine Eingangsbestätigung zusammen mit der Mitteilung der Erledigungsart.

Im Falle einer Vor-Ort-Prüfung erhalten Sie zusammen mit der Eingangsbestätigung 2 Terminvorschläge. Bitte bestätigen Sie dem MD wiederum binnen 10 Werktagen einen der genannten Termine per Mail. Falls innerhalb dieser Frist keine Terminbestätigung erfolgt, wird gemäß Richtlinie vom MD ein Termin festgelegt und Ihnen mitgeteilt.

Um die Prüfungstage vor Ort sowohl für Sie als auch für den MD effizient zu gestalten, werden mehrere beantragte OPS-Strukturprüfungen an einem Prüftermin zusammengefasst. Sie erhalten somit für jeden beantragten OPS eine Antragsbestätigung, die neben den Terminvorschlägen auch alle anderen OPS-Codes enthält, die an diesem Termin zu prüfen sind. Bitte beachten Sie dies bei der Bestätigung des Prüftermins.

Im Falle einer Dokumentenprüfung erhalten Sie zusammen mit der Eingangsbestätigung die Aufforderung zur Übersendung der notwendigen Nachweise und Unterlagen gemäß Anlage 5 und 6 der Richtlinie.

A.3. Bereich DRG und PEPP auch auf einen Sammelantrag oder diese beiden Bereiche getrennt? (15.06.2021)

Die Beantragung erfolgt gemäß Vorlage in Anlage 1 der Richtlinie für jeden Standort gesondert. Bitte beachten, dass je Antragsart (siehe A.1) ein gesonderter Antrag zu stellen ist. Alle an einem Standort zu prüfenden OPS-Kodes werden je nach Antragsart gesammelt erfasst. Bei den in Anlage 2 gekennzeichneten OPS-Kodes sind die Stationen/Einheiten einzeln anzugeben, auf denen die jeweilige Leistung erbracht wird.

A.4. Die Anträge sollen ja pro Standort gestellt werden. Also auch je Tagesklinik einzeln? Würde der MD in jede Außenstelle fahren für eine Vor-Ort-Prüfung? Oder gesammelt pro IK? (15.06.2021)

Siehe A.2. und A.3.

A.5. Wie ist der Zeithorizont von Antragseingang beim MD bis zur Rückmeldung bzgl. Termin vor Ort Prüfung oder Dokumentenprüfung? (15.06.2021)

Der zuständige Medizinische Dienst bestätigt binnen zehn Werktagen (Mo.–Fr.) nach Zugang des Antrags OPS-bezogen den Eingang des Antrages und teilt gleichzeitig dem beantragenden Krankenhaus OPS-bezogen die Erledigungsart mit. (siehe Richtlinie 4.1.3)

A.6. Noch eine Frage zu den Terminen für die Vor-Ort-Prüfung: Gilt der vorhin genannte Abstand von 2 Wochen für die Terminvorschläge auch für die Haupturlaubszeit in den Sommerferien? (15.06.2021)

Der Medizinische Dienst Bayern versucht in seiner Planung unverbindlich für turnusgemäße Prüfungen einen Abstand von mind. 2 Wochen zwischen den beiden Terminvorschlägen einzuhalten.

A.7. Müssen grundsätzlich alle Stationen einzeln geführt werden (vorausgesetzt es gibt nur einen Standort)? (15.06.2021)

Siehe A.3.

A.8. Psychiatrie-OPS sind in der Regel keiner Station zugeordnet - wie soll der Antrag gestellt werden? (15.06.2021)

Es ist klar geregelt, bei welchen OPS ein Stationsbezug (OPS 9-694) bzw. Bezug auf eine Einheit (9-64a) besteht. Diese OPS sind entsprechend im Antrag zu kennzeichnen, alle anderen OPS werden ohne Angabe zu Station bzw. Einheit beantragt.

A.9. Was ist in dem Feld „Namen der Stationen oder Einheiten“ im Antragsformular beim OPS 8-550 einzutragen? (15.06.2021)

Unter einer geriatrischen Einheit versteht man alle unter geriatrischer Behandlungsverantwortung stehenden geriatrischen Strukturen eines Krankenhauses (z. B. Abteilungen, Stationen, Tageskliniken) an einem Standort. Es ist somit Regel lediglich ein Antrag zum OPS 8-550 pro Standort zu stellen.

A.10. Welche Kodes sollen beantragt werden, wenn in 80% der Zeit die Vorgaben von 8-98b.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne Anwendung eines Telekonsildienstes erfüllt sind, und nur in den übrigen Zeiten auf das telemedizinische Konsil (8-98b.3...mit Anwendung eines Telekonsildienstes) zurückgegriffen wird? (29.06.2021)

Strukturmerkmale müssen grundsätzlich durchgehend 24/7 erfüllt sein.

Krankenhäuser, die mit der in der Frage beschriebenen Konstellation arbeiten, beantragen die Prüfung des Kodes 8-98b.3. Sie rechnen auch alle Fälle mit diesem Kode ab, denn gemäß den Mindestmerkmalen dieses Kodes wird der akute Schlaganfallpatient umgehend von einem Facharzt für Neurologie, der fest im Team eingebunden ist, oder telemedizinisch von einem Telekonsilarzt untersucht.

A.11. Welche Folgen entstehen bei falscher Auftragsart? (29.06.2021)

Die Gültigkeit der Bescheinigung ist u.a. von der Antragsart abhängig. Der Medizinische Dienst kann die Korrektheit der Antragsart bei Antragsstellung grundsätzlich nicht überprüfen.

A.12. Die Kliniken müssen bei Begehung die angezeigten Termine in 10 Tagen bestätigen. Müssen hier die Termine nur formal bestätigt werden (beide Termine), oder bereits der eine konkrete von den beiden Terminen bestätigt und benannt werden? (29.06.2021)

Einer der vorgeschlagenen Termine muss innerhalb der vorgegebenen Frist bestätigt werden.

B. Antrags-/Unterlagenversand und Kommunikation

B.1. Wünscht MD Einschreiben mit Rückschein oder ist einfacher Brief ausreichend? (15.06.2021)

Das hängt vom Sicherheitsbedürfnis des Krankenhauses ab.

B.2. Wenn ich den Antrag per Mail stelle, können wir da eine automatische Empfangsbestätigung bekommen zum Nachweis der Fristeinhaltung? (15.06.2021)

Per eingerichteter Mailfunktion durch Absender oder wenn im E-Mail-Text um Bestätigung gebeten wurde. Keine Kontrolle auf Korrektheit des Antrags.

B.3. Müssen die Nachweise zur Prüfung in digitaler Form an den MD übermittelt werden? (15.06.2021)

Die Übermittlung der erforderlichen Nachweise/Unterlagen soll elektronisch erfolgen. Eine schriftliche (postalische) Übermittlung von Unterlagen ist selbstverständlich übergangsweise bis zur Etablierung eines elektronischen Datenaustausches möglich.

B.4. Ist eine Übersendung per PDF auf CD per Einschreiben optional möglich? (15.06.2021)

Ja.

B.5. Es soll ein Ansprechpartner mit einer Mail-Adresse gemeldet werden. Was passiert, wenn bei Versand des Termins seitens des MD der Mitarbeiter im Urlaub ist und somit die Frist der Bestätigung nicht einhalten kann? Abwesenheitsnotiz ist eingeschaltet, dass bedeutet das der MD per Mail informiert wird, wenn der Mitarbeiter wieder im Haus ist. (15.06.2021)

Der MD reagiert auf den Abwesenheitsassistenten der Klinik und versendet das ursprüngliche Schreiben erneut, dann an den im Abwesenheitsassistenten genannten Vertreter der Klinik.

B.6. Wie schnell müssen alle Unterlagen im Falle einer Dokumentenprüfung nach der Anforderung dieser Unterlagen eingereicht werden? (15.06.2021)

Das Krankenhaus übermittelt dem Medizinischen Dienst OPS-bezogen alle erforderlichen Dokumente gemäß Anlagen 5 und 6 binnen zehn Werktagen (Mo.-Fr.). Siehe auch A.2.

B.7. Ich habe nur zu einigen OPS einen Termin zur Prüfung bekommen, wann kommt der Rest? (29.06.2021)

Nicht alle Termine zu einem Haus können gleichzeitig verschickt werden. Die fehlenden werden rechtzeitig nachgereicht.

B.8. Können mehrere Anträge in einer E-Mail geschickt werden (z. B. Turnus- und Neuantrag)?

Ja, wenn die Anträge nach Antragsart getrennt sind.

B.9. Wie groß ist die übertragbare Datenmenge an den MD? (29.06.2021)

Noch offen.

B.10. Kann eine verschlüsselte E-Mail mit den Unterlagen geschickt werden (und das Passwort in einer separaten E-Mail)? (29.06.2021)

Grundsätzlich ja. Es ist jedoch zu unterscheiden zwischen der einfachen Lösung einer E-Mail mit passwortgeschützter ZIP-Datei im Anhang (wie in der Frage vermutlich gemeint) und der technisch aufwendigen End-zu-End-Verschlüsselung im E-Mail-Verkehr, die zzt. nicht möglich ist.

B.11. Welches System bei der Benennung der Unterlagen für die Übermittlung an den MD wäre sinnvoll? (29.06.2021)

Noch offen.

C. Allgemeine Fragen

C.1. Ist die erweiterte Frist bis August tatsächlich belastbar? (15.06.2021)

Siehe BKG-Mitteilungen Nr. 83/2021-563.

C.2. Gilt die Aussage von Herrn Dr. Neber mit – in der Regel - Vor-Ort-Prüfung bei Antragsstellung bis 30.06. auch für die Region Süd? (15.06.2021)

Ja, bayernweit. Vereinzelt Ausnahmen in der Somatik, in der Psychiatrie häufigere Ausnahmen möglich. Für Anträge, die nach dem 30.06. eingehen ist eine Dokumentenprüfung wahrscheinlicher.

C.3. Ab welchem Zeitpunkt müssen Dienstpläne vorgehalten werden? In der Richtlinie steht auf Seite 6 unter 3. Prüfkonzert drin: Die jeweiligen Monate werden vom zuständigen Medizinischen Dienst aus den letzten 12 Monaten, die der Prüfung vorausgehen, benannt.

Im BGL steht unter 2.4.1 Prüfzeitraum der Dienstpläne und weitere Nachweise drin, dass es die letzten 12 Monate vor Antragstellung sind. (15.06.2021)

Für den Standardprozess einer turnusgemäßen Prüfung gibt es in Richtlinie und BGL wenig Spielraum, die Monate werden deshalb so vorgegeben. Für nachvollziehbare Ausnahmen wie z.B. erstmalige oder erneute Beantragung mit Beginn der Leistungserbringung in der Zukunft wird den Kliniken in unserem Anschreiben (Eingangsbestätigung/Terminvereinbarung) die Möglichkeit eröffnet mit der Begründung per Mail auf den MD zuzukommen, um individuell eine Lösung zu finden. Zum Thema „Ist“-Dienstpläne siehe auch SMB 29.

C.4. Anlage 5: Selbstauskunftsbögen. Was ist mit obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereichen gemeint? Abbildung der Fachbereiche wie im KH-Plan abgebildet? (15.06.2021)

OPS-spezifisch ist für alle personenbezogenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege- und Therapiebereiche je nach OPS-Merkmal die Benennung nur einer Person nicht ausreichend, es sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen. Nachweise aus der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) können als Grundlage der Plausibilitätsprüfung dienen.

C.5. In welchem Zeitraum ist die vor Ort-Prüfung 2021 geplant? (15.06.2021)

Nach derzeitigem Stand Juli bis Dezember 2021, durch die Verlängerung der Antragsfrist auch Prüfungen in 2022 möglich.

C.6. Es sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen. Welche Anzahl erwarten Sie? (15.06.2021)

OPS-bezogen je nach Wortlaut des Strukturmerkmals, i.d.R. muss eine kontinuierliche Behandlung/Therapie nachvollziehbar sein. Siehe C.4.

C.7. Nachweis über den Stellenanteil der an der Behandlungsleitung beteiligten Personen (z.B. Arbeitsvertrag). Ist hierunter die arbeitsvertragliche Stundenzahl, bzw. der VK-Anteil gemeint? (15.06.2021)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal, die Kontinuität der Behandlungsleitung muss nachvollziehbar sein. Siehe Anlage 6 und C.4. und C.6 sowie SMB 24.

C.8. Nachweise für Geräte und vor allem die Nachweise für Geräteschulungen - wie detailliert vorzuhalten? (15.06.2021)

Siehe C.9.

C.9. Geräteprüfung - wie führen wir diese durch? Reicht wie bislang der Gang über die Station und eine persönliche in Augenscheinnahme oder müssen Medizinproduktzertifikate oder ähnliches vorgelegt werden? (15.06.2021)

Bei der Dokumentenprüfung wird eine Einsicht in Gerätebücher oder Medizinproduktzertifikate erforderlich sein, auch bei Implausibilitäten im Rahmen einer vor-Ort-Prüfung, aber nicht generell. Siehe hierzu auch Anlage 6 der Richtlinie.

C.10. In der MDS-Richtlinie steht nichts davon, wie mit den Daten der Mitarbeiter umgegangen wird, also mit den Facharztzeugnissen, Zeugnissen der Pflege, Zusatzbezeichnungen etc. Was geschieht damit? Wir haben das Problem, dass unsere Personalabteilung die Personalbögen nicht an uns gibt, wenn nicht jeder Mitarbeiter eine Einverständniserklärung zur Weitergabe seiner Unterlagen an den MD gibt. (15.06.2021)

Nach § 276 Abs. 2 SGB V darf der Medizinische Dienst Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 275 bis 275d erforderlich ist.

C.11. Wie ist der Umgang mit stark Covid-belasteten Zentren der Welle III im Verhältnis der Ist-Dienstpläne zu Solldienstplänen - der Prüflaufplan weicht vom Entwurf dahingehend ab, dass nur noch IST-Dienstpläne gelten sollten. (15.06.2021)

Prüfzeitraum, siehe C.3.

C.12. Gem. § 25 Abs. 1 KHG sind Prüfungen von Strukturmerkmalen bis zum 30.06.21 ausgesetzt. In der Terminmitteilung soll der Zeitraum April-Juni 2021 geprüft werden. Wären gem. § 25 Abs. 1 und 4 KHG folglich nicht erst Unterlagen ab 01.07.2021 zu prüfen? (15.06.2021)

Strukturprüfungen haben zwischenzeitlich bereits begonnen, demzufolge muss ein Prüfzeitraum vor Antragsstellung gewählt werden (siehe auch C.3).

C.13. Prüfungszeitraum Vorlage der Unterlagen Februar-April 2021: Bei der Strukturprüfung sind alle Strukturmerkmale ausgeschlossen. Gibt es hierzu dann keine Prüfung? (15.06.2021)

Siehe C.12.

C.14. Wie soll ein Krankenhaus nachweisen, dass es an der Covid-Versorgung im Kontext des §25 KHG teilgenommen hat? (15.06.2021)

Dem MD liegt zwischenzeitlich eine Liste der an Covid-Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser vor.

C.15. Ausgesetzte Strukturmerkmale in Covid-Krankenhäusern: Bezieht sich die Ausnahmeregelung nur auf einzelne Stationen oder das gesamte Krankenhaus? Müssen die Covid-Patienten im OPS erbringenden Bereich behandelt worden sein? Wie soll das Krankenhaus den Nachweis führen? (15.06.2021)

Siehe C.12. und C.14.

C.16. Was ist, wenn z.B. die komplette Geriatrie geschlossen wurde, um Covid-Patienten aufnehmen zu können und die Strukturprüfung der Komplexpauschale in diesen Zeitraum fällt? Kann in diesen Fällen auf einen anderen Zeitraum gegangen werden? (15.06.2021)

Siehe C.3.

C.18. Thema Externe Kooperationspartner/telemedizinische Konsildienste: Diese sind per se formal nicht verpflichtbar zur Herausgabe von Dienstplänen/Zeugnissen. Wie ist der MD-seitige Umgang, wenn z. B. deren Datenschutzbeauftragte die Herausgabe verweigern? (15.06.2021)

In der MDS-Richtlinie ist eindeutig geregelt, dass auch bei Kooperationen Nachweise wie z.B. Dienstpläne und Qualifikationen der Kooperationspartner gleichermaßen wie die der eigenen Klinik geprüft werden (siehe auch SMB 13).

C.19. Neurologische Komplexbehandlung: Dienstpläne der einschlägigen Netzwerke einmalig „zentral“ oder für jede Klinik? Braucht man explizite Dienstpläne der Telekonsilärzte oder reicht die Angabe, welcher Standort an dem jeweiligen Tag zuständig ist? (15.06.2021)

In Anbetracht der möglicherweise unterschiedlichen Prüfzeiträume weder für die erforderlichen Dienstpläne noch für die jeweils erforderlichen Qualifikationen flächendeckend umsetzbar. Die Nachweispflicht liegt bei der Klinik.

C.20. Werden positive Strukturprüfungen der Vorjahre bei z.B. Covid-Kompromittierung ggf. vom MD positiv mitbewertet für Häuser, die sich erfolgreich den bisherigen Prüfungen unterzogen haben? (15.06.2021)

Nein, die bisherigen Prüfungsergebnisse haben keinen Einfluss auf die bevorstehenden Prüfungen.

C.24. Wie ist das Gutachterteam des MD bei der Vor-Ort-Begehung "bestückt"? (15.06.2021)

In der Regel ärztlicher Gutachter plus Kodierfachkraft.

C.25. Müssen die Selbstauskunftsbögen für die OPS 9-60, 9-61 und 9-62 jeweils in dreifacher Ausfertigung für die Bereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht übermittelt/vorgelegt werden? (15.06.2021)

Nein. Die OPS werden nach dem Standort der Klinik, nicht nach Stationen oder Behandlungsbereichen beantragt.

C.26. Können die Selbstauskunftsbögen auch online ausgefüllt werden? Hat bei uns nicht funktioniert. (29.06.2021)

Das Formularwesen in der MDS-Richtlinie ist zum bequemerem Ausfüllen, Speichern und Versenden der Daten gedacht. Sollte es im Einzelfall nicht funktionieren, liegt die Ursache meist an krankenhauses internen Parametern. Wenden Sie sich dann bitte zunächst an die eigene IT-Abteilung oder ggf. auch an den MDS.

C.27. Das Krankenhaus erkennt im November 2021, dass es ab Mitte 2022 die Strukturmerkmale für einen neuen OPS wird erbringen können. Für welchen Zeitpunkt wird bei erfolgreicher Strukturprüfung 2022 eine Bescheinigung ausgestellt? (29.06.2021)

Bislang regelt die Richtlinie in 4.1.2 nur, dass, wenn bei Eingang eines Prüfantrages nach dem 30. September die Prüfung erst im Folgejahr durchgeführt werden kann, die Gültigkeit des Bescheides sowie ggf. der Bescheinigung mit dem Datum des Bescheides im Folgejahr der Antragstellung beginnt. Daher kann nach derzeitigem Stand für den Zeitraum von der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen bis zur Erteilung eines positiven Prüfbescheides nicht abgerechnet werden.

C.28. Fallen sog. Besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 S. 10 KHG unter den Anwendungsbereich von § 275d SGB V (29.06.2021)

Siehe BKG-Mitteilungen Nr. 92/2021-633.

C.29. Psychiatrie mit 9-60 auf 11 Stationen. Wie viele Selbstauskunftsbögen (Anlage 5) sollen ausgefüllt werden? (29.06.2021)

Ein Bogen je Standort.

C.30. OPS-Kode 8-98h Palliativdienst bildet einen abteilungsübergreifenden Dienst ab, der die Patienten dort begleitet, wo sie liegen. In Anlage 5 soll eine Fachabteilung zugeordnet werden. Kann das Feld leer gelassen werden? (29.06.2021)

Ja.

C.32. Müssen Qualifikationsnachweise von ausscheidenden Mitarbeitern noch vorgehalten werden bzw. müssen Nachweise von Mitarbeitern, die eingestellt werden, auch schon parat gehalten werden? (29.06.2021)

Wenn sie für den angezeigten Prüfzeitraum relevant sind, werden Nachweise ausscheidender oder ausgeschiedener Mitarbeiter benötigt. Geprüft wird stets der Zeitraum von drei zusammenhängenden Monaten aus den letzten 12 nach Festlegung durch den MD.

C.33. Akzeptiert der MD geschwärzte Stellen in Qualifikationsnachweisen, z.B. bei Schulnoten ö. ä.? (29.06.2021)

Ja, aber prüfungsrelevante Aspekte müssen erkennbar sein.

**D. Spezielle Fragen zu einzelnen OPS-Kodes und
E. Fragen aus dem Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik**

Wie in der Einleitung erläutert finden Sie Fragen und Antworten dieser Rubriken, sobald der MD Bayern sie veröffentlicht hat, voraussichtlich unter

<https://www.md-bayern.de/unserethemen/strukturpruefung-im-krankenhaus/>.